

Arbetsplatsrehabilitering

Arbetsstagarens respons

VARMA

Arbetsprövning

Arbetsträning

Rehabilite- ringsklient	Namn	Personbeteckning
Arbetsgivare	Arbetsgivarens namn/företag	
Genom- förande	Begynnelsetidpunkt	Sluttidpunkt
	Arbetsuppgifter	
	Eventuell frånvaro och orsak till sådan	
	Hur klarade du av arbetsprövningen/arbetsträningen?	
	Var arbetsuppgifterna lämpliga med tanke på ditt hälsotillstånd?	
Fortsatta planer	Vad är dina fortsatta planer efter arbetsprövningen/arbetsträningen?	
Närmare information		
Datum och ort		
Underskrift		

Vi ber dig sända denna respons omedelbart efter att arbetsplatsrehabiliteringen har upphört.